

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

1058

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph-Guillaume MICHEL

Ancien Interne en Médecine et en Chirurgie
de l'Hôpital de Corbeil

Né le 28 Novembre 1913, à SALONIQUE (Grèce)

**La torsion
appendiculaire mécanique**

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

8501

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph-Guillaume MICHEL

Ancien Interne en Médecine et en Chirurgie
de l'Hôpital de Corbeil

Né le 28 Novembre 1913, à SALONIQUE (Grèce)

La torsion
appendiculaire mécanique

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de neuro-chirurgie
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUYÈRE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 ROBERT DERRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL.

LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEYER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBOLLETT.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.

N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

R. UNIV.
 BIBLIOTHEEK
 LEIDEN

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD EL. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT ..	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Mort pour la France.

A MA MERE

A qui je dois tout.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique Gynécologique

à la Faculté de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.

Hommage respectueux.

AU DOCTEUR CHARLES MONCANY
Chevalier de la Légion d'honneur
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Corbeil

Dont nous avons eu le bonheur
d'être l'interne. Avec toute notre
reconnaissance pour tout ce que
nous lui devons, pour tout ce qu'il
nous a appris, pour cette thèse
qu'il a inspirée, pour l'exemple de
médecin et de chirurgien qu'il
nous a donné.

AU DOCTEUR A. DELANOE
Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin-Chef de l'Hôpital de Corbeil

Dont nous avons été l'interne,
en remerciement de la sympathie
qu'il nous a toujours témoignée.

AU DOCTEUR HENRI HAMBERT
Médecin-Chef du Service de Phtisiologie
de l'Hôpital de Corbeil

Dont nous avons été l'interne
et qui nous a réservé dans son
service l'accueil le plus cordial et
le plus amical.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

LES PROFESSEURS :

BESANÇON (Clinique de la Tuberculose) ;
CATHALA (Clinique de Médecine Infantile) ;
GREGOIRE (Clinique Chirurgicale) ;
GOUGEROT (Clinique des Maladies Cutanées et
Syphilitiques) ;
GUILLAIN (Clinique Neurologique) ;
LEMIERRE (Clinique des Maladies Infectieuses) ;
LEVY-SOLAL (Clinique Obstétricale) ;
OMBREDANNE (Clinique de Chirurgie Infantile) ;

LES DOCTEURS :

PAISSEAU (Hôpital Trousseau) ;
WEISSENBAACH (Hôpital Saint-Louis).

LA TORSION APPENDICULAIRE MÉCANIQUE

I

L'appendicite, dans chaque Centre chirurgical, est là, présente chaque jour, dans chaque salle. Malgré son masque différent : ici le facies grippé, plombé, péritonéal de ce vieil homme ; là, cette jeune fille rose et souriante, qui n'a mal nulle part et dont il faudra, comme a dit Dieulafoy, « extirper la douleur de sa mémoire » ; plus loin encore, cet enfant inquiet qui geint et a mal partout.

L'appendicite, affection quotidienne et fréquente, semblerait banale et monotone à l'interne qui passe un peu rapidement, si à côté de lui, son Maître patient et perspicace, n'en montrait toute la riche diversité.

C'est à ce gros chapitre de l'appendicite que nous avons voulu apporter notre modeste contribution.

Il nous est apparu que l'on pouvait porter le diagnostic de *torsion appendiculaire* dans certains cas ; diagnostic aisément contrôlable à l'intervention.

Des observations que nous avons recueillies, la première, l'observation princeps, est celle-ci :

OBSERVATION I
(Hôpital de Corbeil)

17 juin 1937.

Le jeune Roger D..., 4 ans, après avoir joué toute la matinée, et déjeuné de fort bon appétit à midi, est pris deux heures après d'un violent et brusque malaise. Il crie, se tient le ventre, gémit et vomit. Le praticien appelé, Docteur J..., médecin compétent et consciencieux, l'examine à ce moment. L'enfant a de nouveau vomi, il se plaint toujours. Douleur vive à la fosse iliaque droite, élective au point de Mac Burney, légère défense musculaire, pas de température, pouls normal. Le Docteur J... conclut à une appendicite aiguë et décide l'hospitalisation. Trois heures après le début de la crise, réexaminé alors, l'enfant est frais, reposé, ne se plaint pas. Pas de température, pouls normal. L'examen clinique se montre négatif.

Devant cette absence de signes, le diagnostic reste en suspend et se référant au diagnostic antérieur posé par le médecin, qui, présent, réaffirme la réalité de la crise appendiculaire, on décide l'intervention pour le lendemain matin.

Après une nuit calme, ne présentant toujours aucun signe et aucune température, l'enfant est opéré avec le diagnostic d'appendicite subaiguë.

Pas de réaction péritonéale, appendice érectile, présentant une torsion dans le sens des aiguilles

d'une montre, torsion sur l'axe de l'artère appendiculaire tendue. Méso-appendice court, étroit et hyperémié. L'appendice examiné ne présente aucune lésion pathologique.

Rien à signaler dans les suites opératoires.

Cette observation a été, pour nous, riche d'enseignements. Ce diagnostic que nous n'avions pas fait et qui ne s'est éclairé qu'à la laparotomie, nous a semblé découler d'un tableau clinique simple et précis.

Ce *diagnostic à faire*, nous l'avons recherché et nous l'avons porté avec plus ou moins de bonheur. Des nombreuses observations que nous avons prises, nous avons retenu après décantation les observations suivantes qui entrent dans le cadre de cette étude.

OBSERVATION II (Hôpital de Corbeil)

10 janvier 1938.

Daniel A..., 5 ans. Est réveillé vers 10 heures du soir, trois heures après le repas, par une violente et brusque douleur abdominale, vomissements. Pas de température. Est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Examiné à l'hôpital vers minuit, ne présente plus aucun signe, ne se plaint pas, langue saburrale, pas de température. On porte le diagnostic d'appendicite sub-aiguë et l'on décide l'intervention pour le lendemain.

Appendicectomie le lendemain matin. Long appendice vermiculaire de douze centimètres de longueur, ayant subi deux torsions dans le sens des aiguilles d'une montre, autour de la corde formée par l'artère appendiculaire, artère bordante; méso court et étroit, hyperémié, appendice turgescent.

A l'examen de la pièce, l'appendice ne présente macroscopiquement aucune lésion organique.

Suites normales.

OBSERVATION III

(Clinique du Docteur MONCANY)

15 mars 1938.

Jeannine V..., 2 ans. Fillette amenée à la clinique par son médecin pour appendicite aiguë.

Deux heures après le repas de midi, l'enfant morose, s'est plaint, a vomi. Pas de température. Défense musculaire de tout l'abdomen; hyperesthésie cutanée; vive douleur à la palpation de la fosse iliaque droite; douleur élective au point de Mac Burney. Le toucher rectal est douloureux, surtout à droite, pas d'hémorragie rectale.

L'enfant examinée, une heure après le début de la crise, ne souffre plus, le ventre est souple.

On porte alors le diagnostic de torsion appendiculaire.

L'intervention immédiate confirme le diagnostic. Appendice tordu dans le sens des aiguilles d'une

montre sur l'axe de l'artère bordante, méso-court. L'appendice ouvert renfermait un peu de sérosité. Pas de lésions pathologiques. Suites normales.

OBSERVATION IV (Hôpital de Corbeil)

20 novembre 1938.

Jacques S..., 10 ans. Admis à l'hôpital le matin pour appendicite aiguë. Aurait eu dans la nuit une crise appendiculaire typique contrôlée par le médecin. N'a pas vomi, a eu des nausées ; température, 38° ; pouls, 92.

A l'examen, l'enfant se plaint d'une douleur légère dans la fosse iliaque droite sans localisation précise, pas de douleur à la pression profonde.

On opère avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Péritoine friable, appendice augmenté de volume, tordu dans le sens des aiguilles d'une montre sur l'artère bordante tendue; méso court, hyperémié avec quelques petits infarctus hémorragiques. Deux petites scyballes à l'intérieur de l'appendice dont la muqueuse est augmentée de volume, avec de discrètes lésions folliculaires; un petite ganglion net.

Suites normales.

OBSERVATION V
(Hôpital de Corbeil)

28 avril 1939.

Germaine M..., 6 ans. Admise à l'hôpital pour appendicite aiguë. Début dans l'après-midi, vomissements, défense musculaire, température à 37°5, crise appendiculaire typique contrôlée par le médecin.

L'examen une heure après le début de la crise, montre un ventre souple, aucune douleur; température 37°, pouls à 80. Devant ce tableau clinique rappelant les observations antérieures, on pose le diagnostic de torsion appendiculaire.

Le lendemain matin : température 37°; pouls 80; le ventre est souple, mais légère douleur à la fosse iliaque droite.

L'intervention confirme le diagnostic. Appendice long, tordu sur l'axe de l'artère appendiculaire, torsion dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Mésio-appendice court et étroit.

Suites normales.

Ces observations présentent toutes un tableau clinique simple et commun. La répétition des symptômes observés et de leur évolution particulière nous a permis dans deux cas de poser le diagnostic. La facilité du contrôle de ce diagnostic à la laparotomie tranchant toute discussion en fait l'intérêt spéculatif.

II

Les recherches bibliographiques que nous avons faites ont fortifié notre pensée quant à l'extrême rareté des cas publiés. Dans la riche bibliographie de l'appendicite, ce n'est que par incidence que les auteurs citent telle ou telle observation relatant un cas de torsion appendiculaire. Et tous les auteurs sont unanimes à en souligner la rareté.

On a signalé les observations pertinentes de Bevers, de Payne, de Ringel, de Rössle. Routier rapporte le cas d'un appendice tordu sur son axe, appendice contenant un calcul dans sa lumière.

En 1925, écrivant dans les « Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition », LEVEUF et MORUZI relatent une observation de *volvulus de l'appendice iléo-cæcal*.

Il s'agissait d'une enfant qui, présentant les symptômes nets d'une appendicite aiguë est opérée immédiatement. Les auteurs écrivent avoir trouvé un appendice résistant aux tentatives d'extériorisation. L'appendice est fixé par une bande étroite qui le bride à deux centimètres de son implantation sur le cæcum. Au-dessous de la bride, l'appendice est volumineux, en battant de cloche. La bride n'est autre que le méso-appendice enroulé autour de l'organe à

la suite d'une torsion axiale de l'appendice. La détorsion est facile et alors l'extériorisation aisée. Il existe un sillon au niveau de la bride du méso. Le méso est épaissi, infiltré d'infarctus hémorragiques. Dans l'appendice se trouve un calcul situé immédiatement au-dessous du sillon de striction. La muqueuse de l'organe nécrosée est complètement détruite.

Leveuf et Moruzi relatent que par analogie avec les travaux de Guibé sur les torsions du diverticule de Meckel, ils ont pensé que dans le cas de volvulus de l'appendice iléo-cæcal qu'ils rapportent, la cause commune du volvulus serait la dilatation de l'organe en battant de cloche, rattaché à l'intestin par un pédicule étroit.

En 1927, R. SEUBERT, de Mannheim, relate *un cas de torsion de l'appendice* dans « Zentralblatt für Chirurgie ». Cette observation, jugée par l'auteur « curieuse en raison de sa rareté », est celle-ci :

Garçon de 16 ans, opéré pour appendicite (deuxième crise). On trouve à l'intervention un appendice coudé au-devant du cæcum, avec son bout libre tourné vers l'ombilic; l'épiploon adhère aux deux tiers inférieurs de l'appendice. Après libération de cette adhérence, on extériorise le cæcum et l'appendice et l'on constate que celui-ci est tordu trois fois sur son axe dans le sens des aiguilles d'une montre; gangrène et perforation de l'appendice. Ablation de l'appendice. Guérison.

En 1929, STAUDE signale *un cas de torsion isolée de l'appendice iléo-cæcal*, dont il souligne la rareté.

Garçon de 16 ans, qui, la veille, en se relevant brusquement de la position à genoux, ressent une douleur violente dans la région inférieure et droite du ventre.

Nausées, langue sale, ventre un peu ballonné, mais souple, sauf dans la région cæcale où il y a de la sensibilité et de la défense musculaire, pouls à 92; température à 37°8. On opère avec le diagnostic d'appendicite aiguë et l'on trouve un appendice long de huit centimètres pendant librement dans le bassin, tordu sur son axe de 360° dans le sens opposé aux aiguilles d'une montre, bleuâtre et œdédié. Ablation de l'appendice dont la lumière renferme des matièes fécales épaisses et dont les tuniques sont infiltrées d'œdème, avec des hémorragies punctiformes.

En 1930, Pierre Mocquot publie à la Société Nationale de Chirurgie, une observation que nous rapportons, et pour sa rareté et pour les réflexions qu'elle inspira à l'auteur :

Un garçon de 15 ans, adiposo-génital, entre à Bichat pour douleur de la fosse iliaque droite dont le début remontait à trois jours. C'est la première crise. On constate une contracture nette de la paroi, avec une température à 40°.

L'opération fait découvrir une petite frange graisseuse, arrondie et aplatie, lenticulaire, implantée sur le bord de l'appendice qui présentait une coloration violacée, noirâtre et dont le pédicule était manifestement tordu.

Mocquot remarque que l'appendice paraissait peu malade et c'est seulement l'intensité de la température qui le fait hésiter à attribuer la crise douloureuse à la seule torsion.

En 1932, G.-B. SCHMIDT, d'Heidelberg, écrivant dans « Münchener Medizinische Wochenschrift », signale une observation personnelle typique de torsion isolée de l'appendice iléo-cæcal.

En 1934, on trouve rapportées par « Zentralblatt für Chirurgie » et par « Münchener Medizinische Wochenschrift » deux observations japonaises de torsion axiale de l'appendice.

A côté de l'observation typique de KODAMA (Fukuoka) qui insiste sur son extrême rareté et sur le petit nombre d'exemples trouvés dans la littérature, voici l'observation de TAKASHIMA (Tokio) :

Un garçon de 16 ans, ayant présenté antérieurement quelques troubles gastro-intestinaux, est pris brusquement après un repas abondant de douleurs abdominales avec diarrhée, nausées et vomissements. La douleur d'abord sus-ombilicale, se localise en bas et à droite. A l'arrivée à l'hôpital 55 heures après le début de la crise, le pouls est à 120, la température à 37°2; leucocytose à 13.200; contracture généralisée avec maximum dans la fosse iliaque droite; douleur très vive au point de Mac Burney.

Opération : liquide séreux, trouble dans le ventre, cæcum et iléon congestionnés, avec quelques adhérences, l'appendice long de 6 cm. pend librement dans le ventre, mais présente près de son insertion

cæcale, une torsion de 270° dans le sens des aiguilles d'une montre ayant entraîné le méso-appendice.

Cet appendice tordu est épaissi et hyperémié, non perforé et renferme un gros calcul stercoral et du liquide hémato-purulent. Appendicectomy. Guérison.

III

En étudiant ces diverses observations, on remarque les nombreux caractères communs : jeune âge des malades; signes cliniques d'appendicite aiguë; torsions appendiculaires nettes, en majorité dans le sens des aiguilles d'une montre; brièveté du méso-appendice; évolution vers la guérison après ablation de l'appendice.

Il apparaît bien cependant qu'on peut à leur étude envisager deux formes distinctes de torsions appendiculaires.

Une forme pure de torsion appendiculaire uniquement mécanique, sans phénomènes infectieux surajoutés.

Une forme associée de torsion appendiculaire qui n'est qu'un épiphénomène d'un processus infectieux, forme associée à une complication infectieuse.

En effet, dans notre groupe d'observations, si l'on en excepte l'observation IV, l'appendice ne présentait aucune lésion pathologique; on ne peut noter que l'hyperémie du méso-appendice. Les autres observations relatent toutes des lésions anatomo-pathologiques. Ce sont des torsions associées au processus infectieux, compliquées ou complicantes de l'infec-

tion. Les phénomènes inflammatoires et mécaniques étant intimement mêlés.

Ainsi dans les observations de Routier, de Leveuf, de Staude, de Takashima, ainsi que dans notre observation IV, l'appendice contenait un calcul. Le cas observé par Seubert est celui d'un appendice gangrené et perforé; celui de Mocquot, d'un appendice violacé, tordu, mais la lésion prédominante est la torsion d'une frange graisseuse.

Dans tous ces cas de torsions, il y a un processus infectieux qui a agi sur le méso-appendice, raccourcissant le méso, favorisant la torsion du fait de la rétraction du méso-appendice.

La torsion appendiculaire que nous avons voulu envisager est une torsion mécanique, sans lésion anatomo-pathologique. Elle tire tout son intérêt du fait que devant la répétition des symptômes et de leur évolution, que nous avons rapportés dans les cas observés, on peut en faire un type clinique permettant le diagnostic.

Il s'agit d'enfants et de jeunes enfants; en effet, nos petits malades ont 4 ans, 5 ans, 2 ans et 6 ans.

La crise douloureuse est une crise appendiculaire typique, débutant deux, trois ou quatre heures après un repas substantiel, et survenant brusquement. La douleur est d'intensité variable. Légère, l'enfant gémit et se plaint de tout le ventre; forte, l'enfant crie, on ne peut le toucher qu'avec précaution.

L'enfant a des nausées ou bien vomit. Ces vomissements peuvent se répéter. Ce sont des vomisse-

ments alimentaires ou muqueux. Il n'y a pas d'élévation de température, le pouls est normal ou légèrement accéléré.

A l'examen, on peut constater une douleur élective au point de Mac Burney, ainsi que de la défense musculaire et de l'hyperesthésie cutanée.

Cette crise est une crise appendiculaire typique. Le fait important réside dans sa courte durée. En une heure, trois heures au maximum, la douleur a disparu; l'enfant ne se plaint plus, on ne constate pas de défense musculaire, et aucun point douloureux spécial. Il n'y a, à aucun moment, de la fièvre ou une accélération notable du pouls.

Nous ne nous arrêterons pas au diagnostic différentiel. En effet le jeune âge des malades et l'absence de température, le début brusque et l'évolution courte, cantonnent la discussion à la réalité de la crise appendiculaire.

Les éléments du diagnostic positif sont donc : *la crise appendiculaire typique* (douleur, cri, vomissements, défense musculaire, hyperesthésie cutanée) survenant *sans poussée fébrile*, chez un jeune enfant, *début soudain* deux à quatre heures après le repas; *d'évolution courte*, durant de une à trois heures et se terminant par la *disparition des signes* précédemment constatés.

Cette crise appendiculaire doit être authentifiée par un praticien qualifié, afin qu'il n'y ait pas de doute sur sa réalité. Elle comporte la sanction opératoire qui, montrant la torsion appendiculaire sur

l'axe de l'artère bordante sans lésion anatomo-pathologique, confirme le diagnostic de torsion appendiculaire mécanique.

L'appendicectomie évidemment s'impose. On ne peut penser laisser tel quel cet appendice dont la torsion favoriserait l'infection, du fait de la tendance à l'oblitération.

Pour que la torsion appendiculaire puisse se produire, il faut sans doute, vu la rareté des cas observés des conditions particulières, une prédisposition spéciale de l'appendice et du méso-appendice.

Paître, Lacaze et Dupré, étudiant l'anatomie de l'appendice, nous font remarquer que le méso-appendice de l'enfant est mince et transparent, « laissant voir les branches en échelle de l'artère appendiculaire ». Si le méso-appendice est court, il coude l'appendice et lui impose des formes variées en demi-cercle, en spirale, en cor de chasse.

Leveuf déclare avoir rencontré deux fois sur cinquante cas, la forme particulière de l'appendice en spirale, sur l'axe de l'artère bordante, sans coudure, ni torsion.

Pour qu'une torsion appendiculaire puisse se réaliser, il faut la réunion de conditions mécaniques. La torsion ne peut se faire qu'en cas d'appendice long, d'artère appendiculaire courte, de méso-appendice court, étroit et maigre.

L'anatomie nous montre que ces conditions mécaniques existent chez l'enfant. L'appendice est un

organe plus long relativement chez l'enfant que chez l'adulte. Le méso-appendice est mince et maigre, nous dit Paître.

Ces conditions obligatoires à la mécanique de la torsion pure, telle que nous l'avons envisagée, ne sont pas remplies chez l'adulte où le méso-appendice est épaissi et plus gros et où l'appendice a régressé depuis l'enfance.

Lorsque les torsions appendiculaires se créent chez l'adulte, elles sont le fruit de remaniements de tissus infectés pouvant donner toutes les formes observées. L'appendice peut alors présenter toutes les figures de la géométrie et rappeler soit le colimaçon, soit dans la forme en hélice, les armadires si fréquents sur nos routes du Midi.

La concordance de la remarque de Leveuf sur les appendices en spirale, avec les observations anatomiques de Paître, Lacaze et Dupré nous ont suggéré les hypothèses suivantes qui peuvent expliquer la pathogénie des torsions appendiculaires que nous avons observées.

Est-ce que nous nous sommes trouvés dans les observations relatées au début de ce travail, observations concernant toutes de jeunes enfants, devant ces appendices en spirale, en demi-cercle, en cor de chasse, dont la torsion en s'exagérant a déterminé la crise appendiculaire ?

L'axe de cette torsion est l'artère appendiculaire. Peut-on penser à des phénomènes congestifs qui modifiant la portée de la trame artérielle déterminent

la torsion ? Ces phénomènes congestifs sont-ils dus à la digestion ?

Les observations que nous avons rapportées, l'étude des remarques judicieuses des différents auteurs cités, nous font penser que la pathogénie des torsions appendiculaires peut être rattachée à ces causes, et qu'il faut sans doute leur réunion pour que puisse se produire la torsion.

Et ceci expliquerait la rareté du syndrome.

CONCLUSIONS

La torsion appendiculaire mécanique sans aucun processus infectieux se traduit par un syndrome clinique exceptionnel mais existant.

Les éléments du diagnostic sont la constatation par un médecin qualifié d'une crise appendiculaire typique sans poussée fébrile, avec vomissements, douleur dans la fosse iliaque droite, défense musculaire; crise survenant chez les jeunes enfants, deux à trois heures après le repas, durant au maximum trois heures, avec disparition complète des signes précédemment constatés.

Ce diagnostic simple comporte la sanction opératoire qui confirme le diagnostic en montrant l'appendice tordu sur l'axe de l'artère appendiculaire plus souvent dans le sens des aiguilles d'une montre. Le méso-appendice est court, étroit, maigre, hyperémié. Il n'y a pas de lésions anatomo-pathologiques.

Vu :

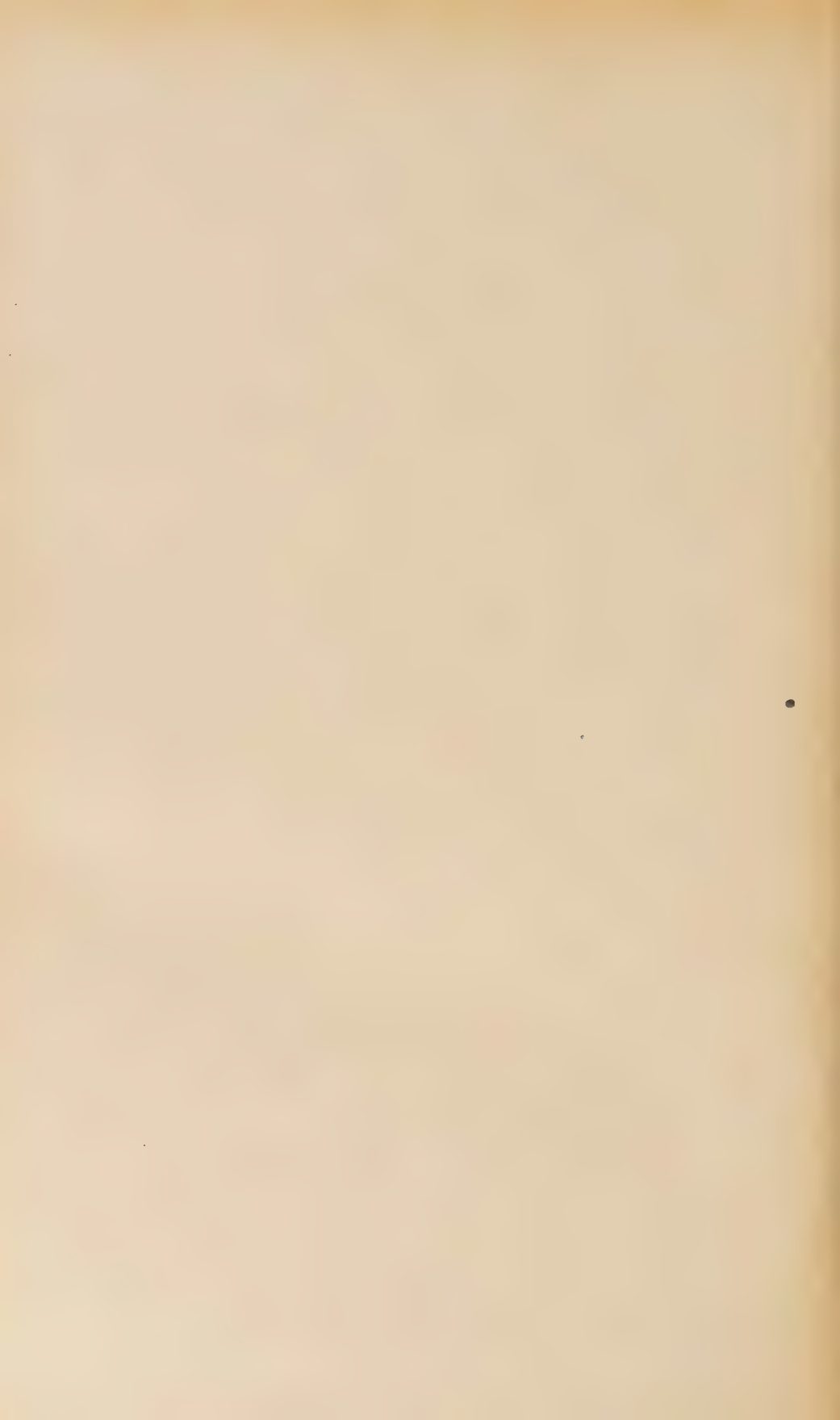
LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.



BIBLIOGRAPHIE

- L'appendicite*, par LÉON BÉRARD et Paul VIGNARD.
Les appendicites chroniques, par ANTOINE et DE MARTEL.
Diagnostics urgents de l'abdomen, par MONDOR.
Diagnostic chirurgical, par DUPLAY, ROCHARD, DEMOULIN et STERN.
La Région abdominale, par PAÏTRE, LACAZE et DUPRÉ.
Traité de Diagnostic chirurgical, par DE QUERVAIN.
- COLT. — Trois cas de torsion d'un appendice épiploïque du côlon sigmoïde (*The British Journal of Surgery*, Bristol, janvier 1932).
- W.-A. COCHRANE. — Volvulus iléo-cæcal autour d'un appendice situé à gauche (*The British Medical Journal*, février 1929).
- FISKE. — Torsion intra-abdominale de l'appendice épiploïque. Relation de deux cas et revue de la littérature (*The American Journal of the Medical Sciences*, septembre 1936).
- R. KODAMA (Fukuoka). — Sur la torsion axiale de l'appendice (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 6 décembre 1934).
- J. LEVEUF et A. MORUZI. — Volvulus de l'appendice iléo-cæcal (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, décembre 1925).
- PIERRE MOCQUOT. — Torsion d'une frange graisseuse de l'appendice (*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 24 mai 1930).

- NEUFFER. — La torsion sur l'axe de l'appendice (*Zentralblatt für Chirurgie*, année 65).
- G. PASCALIS. — Appendicite aiguë et volvulus intestinal (*Le Concours Médical*, 21 mai 1933).
- A. ROSENFELD. — Volvulus appendicis (*Acta chirurgica Scandinavia*, 1932).
- G.-B. SCHMIDT. — Sur la torsion de l'appendice iléo-cæcal et sa momification consécutive (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 21 octobre 1932).
- R. SEUBERT. — Un cas de torsion de l'appendice (*Zentralblatt für Chirurgie*, 12 novembre 1927).
- STAUDE. — Torsion sur l'axe de l'appendice (*Zentralblatt für Chirurgie*, 9 février 1929).
- TAKASHIMA (Tokio). — Sur un cas de torsion de l'appendice (*Zentralblatt für Chirurgie*, 14 juillet 1934).

